

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Psühholoogia instituut

Külliki Rannu

TERVISE JA HARIDUSEGA SEOSTUVAD ERINEVUSED EAKATE MEESTE
ENESEKOHASTES TUUMIKHINNANGUTES

Magistritöö

Juhendaja: Aavo Luuk, *PhD*

Läbiv pealkiri: Enesekohased tuumikhinnangud eakatel meestel

Tartu 2017

TERVISE JA HARIDUSEGA SEOSTUVAD ERINEVUSED EAKATE MEESTE
ENESEKOHASTES TUUMIKHINNANGUTES

Kokkuvõte

Töö eesmärgiks oli uurida, kas üle 65-aastastel meestel ilmneb olulisi erinevusi negatiivses emotsionaalsuses, mida saab seostada tervisliku seisundi ja haridustasemega. Uuringus osales 118 pensioniealist 65-92-aastast ($M=72$) eestikeelset meest. Negatiivse emotsionaalsuse erinevaid aspekte uuriti *Isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikekomplektiga*, mille autor on Aavo Luuk. Uuringus kasutati ka Judge jt poolt (2003) loodud positiivsete enesekohaste tuumikhinnangute küsimustikku *Core Self-Evaluation Scale (CSES)*. Tulemuste põhjal seostus halvem subjektiivselt hinnatud tervises seisund kõrgemate negatiivsete tuumikhinnangute komponentide tasemetega nagu kõrgem ja sagedasem ärevus, negatiivsem enesehinnang, suurem tähelepanuvõime häiritus, nartsissismi tendentsid ja suurema emotsionaalse häiritusega, mida väljendasid meeleoluhäirete küsimustiku *EEK-2* depressiooni, asteenia, unetuse ja summaarse skaala näidud. Haridustase ei eristanud meeste hinnanguid tervisele ja emotsionaalsele enesetundele, kuid madalama haridusega meestele oli omasem suurem tähelepanuvõime häiritus, kõrgem hetkeärevuse ja välise kontrollkeskme näit. Positiivsed tuumikhinnangud seostusid sarnaselt varasematele uuringutele ka pensioniealistel meestel statistiliselt olulisel määral parema tervisehinnangu ja vaimse tervisega, suurema kontrollitunde ja enesemõjukusega, kuid mitte tööalase edukusega.

Märksõnad: tuumikhinnangud, negatiivne emotsionaalsus, eakad mehed

HEALTH- AND EDUCATION-BASED DIFFERENCES IN CORE SELF-EVALUATIONS
OF ELDERLY MEN

Abstract

The objective of the study was to investigate whether men aged over 65 years differ in negative emotionality which can be attributed to their state of health and level of education. The study included Estonian speaking men ($N=118$) in retirement age from 65 to 92 years ($M=72$). Negative emotionality was investigated by a new set of questionnaires for measurement *Core Negative Self-Evaluations* developed by Aavo Luuk. *Core Self-Evaluation Scale (CSES)* by Judge et al (2003) was also used to measure core positive emotionality. The results revealed that worse subjectively rated health status was associated with higher levels of core negative self-evaluation components as higher and more frequent measures of anxiety

and negative self-esteem, greater attention disturbances and narcissistic tendencies as well as greater emotional disturbance: depression, asthenia, insomnia and the higher total score of *Mood Disorders Screening Questionnaire EEK-2*. Educational level did not differentiate men in their health evaluation and emotional well-being, but larger attention disturbances, higher state anxiety and the external locus of control measures were more characteristic for less-educated men. Core positive self-evaluations in retirement age of men, as in previous studies, were statistically significantly associated with better estimates of health, better mental health measures and a sense of greater control and self-efficacy, but not their career success.

Keywords: core self-evaluations, negative emotionality, elderly men

1. Sissejuhatus

1.1 Eakad mehed Eestis

Arenenud riikides elavad mehed 6-7aastat naistest vähem, kuid Eestis on meeste eluiga naistega võrreldes koguni 10-11 aastat lühem. Samas külastavad mehed arsti 3-4 korda harvemini kui naised ja püüavad tervisemuredega pigem ise hakkama saada. Paljud mehed otsivad vaimse tervise probleemidele abi alkoholist, mitte psühholoogidelt. Meeste ja naiste erineva eluea tõttu on Eestis üksikuid eakaid naisi võrreldes teiste arenenud Euroopa riikidega oluliselt enam – selles oleme üks maailma juhtivaid riike (Rohtla, 2015).

Mehi ohustavad enam kui naisi kroonilised ja sageli fataalsed surmaga lõppevad haigused nagu südame isheemiatõbi, infarkt, vähk, maksatsirroos, kopsuemfüseem, ateroskleroos ja neeruhaigused (Luy *et al.*, 2014; Ross *et al.*, 2012). Meestele on naistest omasem ka korduv depressiooni sümptomaatika (Almeida *et al.*, 2012). Need tendentsid esitavad suuri nõudeid sotsiaal- ja tervishoiusüsteemile. Eesti Statistikaameti 2015. aasta andmetel elab valdav osa eakatest koos abikaasa või lastega (või muude sugulastega) pere koosseisus ja pigem minimaalne arv eakaid (veidi üle 1%) hoolde- või vanadekodudes. Seetõttu mõjutab füüsilise või vaimse tervise langus vanemas eas meestel otseselt arvukate perede toimetulekut ning suhteid nendes. Meeste varasem suremus võrreldes naistega jätab eakad naised ilmad abikaasadest, pojad ja tütreid isadest ning lapselapsed vanaisadest, mistõttu on eakate meeste parem tervis ja toimetulek väga oluline hoidmist vääriv ressurss.

Eestis 2000. a tehtud mahuka valimiga üle 65-a vanuses inimeste uuring näitas, et meestest on oma eluga kõige vähem rahul just äsja pensioniealiseks saanud 65-69-aastased. Arvati et see on seletatav nii psühholoogiliste probleemidega (olulise sotsiaalse rolli kaotus, elumõtte ümberorienteerumise raskused) kui ka sissetulekute vähenemisega. Objektiivsetest tervisenäitajatest mõjutas selle uuringu järgi eakate eluga rahulolu oluliselt ainult depressiivsuse määr (Soots *et al.*, 2003).

Parem vaimne ja füüsiline tervis võimaldab pensioniealistel meestel kauem töötada, end teostada, aktiivset elu elada ning anda suuremat panust kogukonnale ja ühiskonnale. Pensionieas töötamine ja sobiva rakenduse leidmine on kooskõlas ka tänase

tööhõivepoliitikaga ning teisest küljest paratamatus, sest töövõimelisi inimesi jääb Eestis nagu mujalgi arenenud maailmas järjest vähemaks. 50-74-aastased moodustavadki tänastest töötajatest juba ligi veerandi. Laan (2015) on leidnud, et üle 65-a inimesed peavad ka ise väga oluliseks töövõime säilimist ja endaga hakkama saamist nagu ka materiaalseid võimalusi ja head tervist. Tiit (2011) on uurinud, et Eestis töötavad vanaduspensioni perioodil edasi pigem mehed kui naised ning pensionialiste meeste tööhõivet mõjutab tervena elada jäänud aastate arv. Maailma Terviseorganisatsiooni raportis “Vananemine ja tervis” on soovitatud kõigil riikidel korraldada sotsiaal- ja tervishoiusüsteemid ümber just vanemaeliste vajadusi arvestades (WHO, 2015).

1.2. Tervis ja haridus eluteed ning pensionipõlve prognoosivate faktoritena

Eesti Sotsiaaluuringu (Leinbock, 2016) järgi hindas 2015. a vähemalt 65-aastastest oma tervise heaks või väga heaks 15%. Ehkki naistega võrreldes hindavad eakad mehed oma tervise paremaks (van Oyen *et al.*, 2013, 2010; Barford *et al.*, 2006), raporteerisid Euroopa eakate terviseuuringu „Share“ andmetel pigem mehed oluliselt kehvemat tervises seisundit (Verropoulou, 2009). On leitud, et vanemate meeste tervis seostub enam kui naistel just finantsilise rahulolu ja sissetuleku suurusega. Eeskätt kõrgem haridustase suurendab eakate tööhõivevõimalusi ja annab seeläbi parema sotsiaal-majandusliku toimetuleku ja kontrollitunde (White *et al.*, 2015). Kõrgem haridus eakatel ennustab ka kognitiivsete võimete paremat ja pikemaagset säilimist (Albert *et al.*, 1995). Eakate terviseuuringu „Share“ andmete multinominaalne logistiline regressioonanalüüs näitas, et haridustase prognoosis tervisele antud hinnanguid enam kui ülejäänud muutujad (nt rikkus ja sissetulek) uuritud 12-st Euroopa riigist 11-s, kuid paraku mitte Eestis (Verropoulou, 2009).

Eakate elukvaliteeti ning tervisele antud hinnanguid mõjutab vaimse tervise probleemidest kõige enam depressioon. Hilise algusega depressioon koos kognitiivse tagasilangusega ennustab 3-5 a jooksul dementseks jäämist ning on Alzheimeri tõve riskitegur (Alexopoulos, 2005; Schweitzer *et al.*, 2002; Verdelho *et al.*, 2015). Samas on vanadusdepressiooni diagnoosimine komplitseeritud, kuna mitmeid depressiooni sümptomeid peetakse normaalse vananemise ilminguteks või füüsilisest haigusest tulenevaiks (Rodda, *et al.*, 2011). Haavatavust depressioonile suurendavad mitmed vananemise ja haigustega (nt infarkt, isheemiatõbi, insult, Parkinsoni tõbi, diabeet) kaasnevad kardiovaskulaarsed ja neuroloogilised muutused (Rodda, 2011). Fiske jt (2009) järgi on vanadusdepressiooni üheks

riskiteguriks kõrge neurootilisus ning kaitsvateks faktoriteks kõrgharidus, hea tervis, positiivne enesekuvand, enesemõjukuse-, meisterlikkuse- ning kontrollitunne.

Depressiooniriski suurendab madala staatusega ametikoht, mis on sageli tingitud madalast haridustasemest. Link (1993) kohaselt on kõige enam depressiooni poolt ohustatud inimesed, kellel on väline kontrollkese ning kelle tööülesanded ei hõlma juhtimist, planeerimist ja kontrolli ning seda sõltumatult ülejäänud riskiteguritest nagu vaimse tervise probleemid, haiguse või puude esinemine perekonnas. Välise kontrollkeskme ja depressiooni positiivset seost üle 65-aastastel näitas ka Bjørkløf jt (2016) uuring ning Rotteri (1966) järgi on väline kontrollkese seotud madalama haridustaseme ning sisemine kontrollkese kõrgema haridustasemega. Spector (1982) on arvanud, et sisemine kontrollkese ennustab suuremat rahulolu tööga, sest seda tüüpi inimesed ei nõustu tegema neid mitterahuldavat tööd ning on üldiselt tööalaselt edukamad.

Depressiooni ja sotsiaal-majandusliku toimetuleku vaheliste seoste leidmiseks kasutatud 56 uuringu metanalüüs kinnitas depressiooni kordumise ja püsimise riski just madalama sotsiaal-majandusliku staatusega inimestel ning toetas mudelit, mille kohaselt madal haridustase ja sellest tulenev kehvem sotsiaal-majanduslik toimetulek põhjustavad depressiooni ning vaimse tervise probleeme (Lorant *et al.*, 2003). Eestis seevastu, nagu ka Austrias ja Taanis, ei leitud 2006–2007. a Euroopa Sotsiaaluuringu 22 riigi andmeid analüüsides statistiliselt olulist seost madalama haridustaseme ja depressiooni sümptomite ilmnemise vahel (Pattyn *et al.*, 2011).

Hariduse ja tervise omavahelist suhet mõjutavad kontrollitunne ning teadlikkus, et tervis sõltub inimese enda valikutest ja tegudest, sest kõrgema haridusega kaasneb parem kapital: oskused, teadmised, ressursid tervislikumaks elustiiliks. Haritumad kannatavad vähemate valude ja krooniliste terviseprobleemide käes, satuvad vähem õnnetustesse, kogevad vähem distressi ja vaimse tervise probleeme (Ross *et al.*, 2012; Bracke *et al.*, 2014). Ainsa muutujana korreleerub haridus püsivalt ja positiivselt tervislike käitumisviisidega – tervisepordi või treenimisega; normaalkaalus püsimisega, vähema suitsetamise ja vähema või mõõdukama alkoholi tarvitamisega (Mirowsky *et al.*, 1998). Meeste puhul vähendab kõrgem haridus olulisel määral ka varajase surma riski (Bassuk *et al.* 2002; Montez *et al.* 2009; Tobiaz *et al.*, 2007; Dohrenwend, 1992). Esindusliku valimiga Poola uuringu andmetel on üle 65-aastastel haridustase olulisem eluea mõjutaja kui ametipositsioon (Tobiasz-Adamczyk, 2007). Enam kui 1000 eaka Briti mehe uuring näitas, et kõrgharidus annab elueale umbes 3,3 eluaastat juurde, kuid hariduse mõju ilmnes eeskätt kõrgema sissetuleku kaudu (Dorsett *et al.*, 2014).

Haridus kujutas endast inimkapitali ka Nõukogude ühiskonnas, kus tegutsesid oma noorusaastatel käesolevasse uuringusse kaasatud üle 65-a mehed. Eestis Mikk Titma ja kolleegide poolt 1966., 1969., 1973., 1979. ja 1991. a läbi viidud longituudse kohortuuringu regressioonanalüüs näitas, et hariduse aastate mõjul on lineaarne iseloom sissetuleku suurusse ja haridus on sotsiaalse seisundi difrentseerimise otsustav faktor. Kõrgem haridustase suurendas nii sissetulekut kui tõenäosust kuuluda ametiredelil kõrgematele kohtadele, kus Nõukogude Eestis domineerisid eeskätt just meesjuhid. Käesolevasse uuringusse kaasatud meeste nooruse- ja õpiaastad jäid Nõukogude perioodi 1950-60ndail, mida iseloomustas kõrghariduse parem kättesaadavus, kurss massilisele keskharidusele, kohustusliku põhihariduse muutmine 8-klassiliseks varasema 7-klassi asemel ning isiklike elustiilide seadmiseks paranenud tingimused (Titma, 2001).

1.3. Tuumikhinnangute ideestik ja taust

Enesekohaste tuumikhinnangute (*core self-evaluation = CSE*) idee kujunes eelmise sajandi 90ndatel isiksuse- ja rakendusliku psühholoogia valdkonnas. See kasvas välja analüüsist, mis näitasid enesehinnangu (*self-esteem*), üldistunud enesemõjukuse (*generalized self-efficacy*), neurootilisuse (*neuroticism*) vastandi emotsionaalse stabiilsuse (*emotional stability*) ja kontrollkeskme (*locus of control*) näitude regulaarselt olulist korreleerumist läbi erinevate uuringute ning laadumist ühele faktorile (Judge *et al.*, 1998, 2002). Enesekohane tuumikhinnang on püsiv fundamentaalne eeldus, millega määratletakse iseennast ja oma toimetulekut maailmas ning mis mõjutab kõiki teisi uskumusi ja hinnanguid (Chang *et al.*, 2012; Judge *et al.*, 1997). Mõiste „fundamentaalne“ lähtub isiksusepsühholoogia teoreetikult Raimond Catellilt, kelle järgi fundamentaalsed isiksusejooned omavad võrreldes perifeersete joontega oluliselt suuremat seotust kõigi ülejäänud isikut kirjeldavate karakteristikute, tunnetuste ja hoiakutega (Catell, 1965). Enesekohane tuumikhinnang on laiem konstrukt kui enesehinnang, sest kajastab inimese uskumust oma võimesse (omada elu üle kontrolli); kompetentsi (tegutsemiseks, toimetulekuks, visaduseks, õnnestumiseks) ja sellesse, et suudetakse oma elu positiivseks kujundada (Judge, 2004). Enesekohase tuumikhinnangu kõrge tase tuleneb isiku laiast üldisest positiivsest suhtumisest iseendasse ja sisuliselt on see sama, mis positiivne mina-pilt (Judge *et al.*, 1997).

Judge jt (2004) järgi moodustavad enesekohase tuumikhinnangu kui laia integratiivse isiksusejoone järgmised jooned:

1. *Enesehinnang (self-esteem)* kui isiku minakontseptsiooni hinnanguline aspekt (Rosenberg, 1965). Madal enesehinnang on paljude psüühikahäirete transdiagnostiline sümptom ja riskifaktor, mistõttu suur osa vaimse tervise programme on suunatud enesehinnangu tõstmisele. Mann jt (2004) kohaselt on positiivne enesehinnang kaitsefaktoriks nii vaimsete kui füüsiliste häirete ja sotsiaalsete probleemide vastu. Oma hilisemates töödes on tuntud ühemõõtmelise enesehinnangu skaala *RSES* autor Morris Rosenberg öelnud, et enesehinnang on eri komponentidest koosnev struktuur ning viimastel aastatel on jõutud arusaamani minakontseptsiooni mitmemõõtmelisest struktuurist ja hierarhilisest ülesehitusest (Allik *et al.*, 2003).

2. *Üldistunud enesemõjukus (generalized self-efficacy)* on hinnang oma võimele edukalt tegutseda ja toime tulla erinevates ettetulevates situatsioonides (Smiths, 1989; Chen *et al.*, 2001). Bandura (1999) järgi oli enesemõjukus algselt inimese hinnang oma võimele rakendada situatsioonispetsifilist käitumist ja rajanes varasematel kogemustel, sotsiaalsel tagasisidel ning kogetud füsioloogilisel ja emotsionaalsel seisundil.

3. *Emotsionaalne stabiilsus (emotional stability)* on isiku seadumus kogeda valdavalt rahulikke ja turvalisi tundeid (Eysenck, 1990) ning on neurootilisuse vastand. Neurootilisus seostub positiivselt depressiooniga (Koorevaar *et al.*, 2013; Kotov *et al.*, 2010).

4. *Kontrollkese (locus of control)* näitab isiksuse suundumust näha tulemusi kas iseenda tegevuse resultaadina või pigem saatuse ja/või oluliste teiste poolt mõjutatuna. Sisemise kontrollkeskmega inimesed omistavad põhjused enda tegevusele ning välise kontrollikeskmega pigem endast sõltumatutele välistele teguritele (Rotter, 1966).

Nende nelja joone „ühist tuuma“ ehk jagatud ühisosa nimetataksegi tuumikhinnanguks (Judge *et al.*, 1998). Kõrge enesekohase tuumikhinnangu tasemega inimene on hästi kohanenud, positiivne, enesekindel, usub iseendasse ning teda iseloomustavad enesest lugupidamine, enesemõjukus, emotsionaalne stabiilsus ja sisemine kontrollkese (Judge *et al.*, 2004).

1.4. Tuumikhinnangute uuringud

Enesekohaste tuumikhinnangute küsimustik *Core Self-Evaluation Scale (CSES)* koostati eelmise sajandi 90ndate lõpul (Judge *et al.*, 2003) ning mõõdikul on uuringutega tõestatud head valiidsusnäitajad (Gardner *et al.*, 2010; Holt *et al.*, 2008; Stumpp *et al.*, 2010), kordustesti reliaablus, konvergentne ja diskriminantne valiidsus (Gardner *et al.*, 2010; Judge *et al.*, 2003; Newness *et al.*, 2010).

Uuringud on näidanud, et positiivsema tuumik-enesehinnanguga inimesed hindavad end eri situatsioonides püsivalt ja läbivalt positiivsemalt, nähes end võimekatena, väärtuslikena ja suutlikena oma elu kontrollima (Judge *et al.*, 2004). Tuum-enesehinnang mõjutab rahulolu nii tööga kui ka eluga tervikuna ja töösooritust, sest inimesed, kes tunnevad end oluliste, väärtuslike ja kompetentsetena näevad ka oma tööd olulisena (Judge *et al.*, 1998, 2001; Grant *et al.*, 2010; Piccolo *et al.*, 2005; Boyar *et al.*, 2007). Positiivsema enesekohase tuumikhinnanguga ilmnevad positiivsed seosed sotsiaal-majandusliku staatuse, prosotsiaalse orientatsiooni ning heaolu iseloomustavate indikaatoritega nagu materiaalne jõukus ja tervis (Grant *et al.*, 2010; Judge *et al.*, 2007; Rosopa *et al.*, 2009; Tsaousis *et al.*, 2007).

Positiivsemad tuumikhinnangud ennustavad suuremat võimekust eesmärkide seadmisel ja järjekindlust nende saavutamisel, väiksemat stressi, madalamat läbipõlemisohtu, kõrgemat motivatsiooni ja töötaja suuremat populaarsust (Stanhope *et al.*, 2013; Bowling *et al.*, 2012, Brunborg, 2008; Best *et al.*, 2005; Scott *et al.*, 2009; Kammeyer-Mueller *et al.*, 2009; Erez *et al.*, 2001); loovust ja õnnetunnet (Bono *et al.*, 2005; Herold *et al.*, 2008; Jung 2001; Wanberg *et al.*, 2005); karjääriedu (Judge *et al.*, 2008); edukamat kohanemist organisatsiooni muutustega (Judge *et al.*, 1999); tagasiside mõju (Bono *et al.*, 2005; Schinkel *et al.*, 2004) ja madalamat testiärevust (Chamorro-Premuzic *et al.*, 2008). Positiivse tuumikhinnanguga isikud kalduvad tegema otsuseid lähtuvalt sisemisest motivatsioonist – seavad eesmärgid ning otsivad rakendust, mis seostuks isiklike väärtuste ja huvidega (Judge *et al.*, 2005).

Enesekohaste tuumikhinnangute taseme järgi on võimalik ennustada inimese suhtumist ja vastupanu stressorisse – tuumikhinnangute kõrgema taseme korral hinnatakse stressoripoolset ohtu väiksemaks, sest usk sisemistesse ressurssidesse on tugevam (Kammeyer-Mueller *et al.*, 2009). Oskuslikum toimetulek stressoritega annab inimesele suurema kontrollitunde, suurendab optimismi ning positiivseid hinnanguid oma töödele-tegevustele (Harris *et al.*, 2009; Hobfoll, 2001; Rioli *et al.*, 2003).

Sõltuvalt enesekohastest tuumikhinnangutest omistavad eri inimesed samadele elusündmustele erinevaid hinnanguid ning madalama tuumikhinnangu taseme puhul, mil eneseväärtus on väiksem, tajutakse keerulisi sündmusi pigem negatiivsemalt (Judge *et al.*, 1998). Kõrgema tuumik-enesehinnanguga inimesed kasutavad võrreldes madalamate tuumik-enesehinnangute tasemetega inimestega vähem vältimiskäitumist ning rakendavad enam probleemilahendusele suunatud kui emotsioonidest juhitud käitumisviise (Kammeyer-Mueller *et al.*, 2009). Takistusi näevad nad pigem väljakutsetena ning julgevad seetõttu võtta vastu vastutusrikkamaid ülesandeid (Judge *et al.*, 1997; Locke *et al.* 1996).

Ferris jt on (2011) leidnud tõendeid, et tuumikhinnangute kõrgemate näitudega isikud on tundlikumad pigem positiivsete kui negatiivsete stiimulite suhtes, mida saab arvesse võtta töötajate motiveerimisel. Baek-Kyoo jt uuringu põhjal (2012) on kõrgema enesehinnangu ja enesemõjukusega, emotsionaalselt stabiilsemad ja sisemist kontrollkeset omavad töötajad üldiselt oma ettevõttele ka rohkem pühendunud. Judge ja Kammeyer-Mueller (2004) ning Tolli ja Schmidt (2008) on näidanud, et sisemine kontrollkese võib modereerida edu või läbikukkumise kogemusi ning seostub enesekohaste tuumikhinnangutega ja enesemõjukuse tajuga.

Wu (2012) uuris Briti paneeluuringu 5827 isiku 1997-2006. aasta andmete põhjal töörahulolu ning enesekohaste tuumikhinnangute longitudinaalseid seoseid mh ka üle 65-a isikutel ja leidis, et CSE on pigem dünaamiline kui staatiline konstrukt, mis on pidevalt muutuv ja elusündmustega interakteeruv. Seega võib eeldada, et eakate inimeste tuumik-enesehinnangute tasemed võivad olla mõjutatud nende elukäigust ja toimetulekust pika eluea jooksul kui ka näiteks vananemisega kaasnevast halvenevast tervislikust seisundist.

1.5. Negatiivsed tuumikhinnangud

Negatiivne tuumikhinnang on vastand positiivsele tuumikhinnangule ja Judge jt (2004) on nimetanud seda isiksust kirjeldavat konstrukti depressiivseks minakontseptsiooniks (*depressive self-concept*). Isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute (*core negative self-evaluations*) skaala kui tuumik-enesehinnangute skaala pöördanalooži loomist alustas Aavo Luuk 2011. aastal. Uuest skaalast võiks edaspidi kujuneda terviklik ja iseseisev isiksuse tumedamate tahkude ja ennastnurjava emotsionaalsuse mõõtevahend, millega hinnata isiku

kalduvust sotsiaalsele ja tööalasele ebaedule, eluraskustele, eluga rahulolematusele ning depressioonisümptomite ilmnemisele. Kui kõrgemad positiivsete tuumikhinnangute tasemed seostuvad uuringutele toetuvalt parema tervisega, siis teoreetiliselt võiks kõrgem negatiivsete tuumikhinnangute tase seostuda kehvema tervises seisundiga.

Negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikukomplektis kuuluvad ühte faktorisse järgmised mõõdeted:

- tähelepanu subjektiivsete sise- ja välistakistuste enesekohased hinnangud,
- välise kontrollkeskme enesekohased hinnangud,
- negatiivne enesehinnang,
- psühhopaatilisuse tendentside enesekohased hinnangud,
- nartsissismi enesekohased hinnangud,
- ärevuse enesekohased hinnangud.

Isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikukomplekti on kasutatud mitmetes Tartu Ülikoolis kaitstud seminari- ja magistritöodes (Eljas, 2013; Raudsepp, 2014; Kujanpää, 2014; Juurik, 2015; Ool, 2015; Tkatsuk, 2012, 2015; Padesaar, 2013, 2015; Saarela, 2015).

Küsimustike ennustav ja eristav valiidsus on kontrollitud järgmiste sihtgruppide võrdluses kontrollgruppidega: depressiooni diagnoosiga patsiendid, ärevushäire diagnoosiga patsiendid, erikoolis ja vanglas viibivad noored ning valikuprotsessis lenduriks ja lennujuhiks sobivaks osutunud kandidaadid võrdluses mittesobivaks osutunud kandidaatidega; samaaegne ja konvergentne valiidsus on kontrollitud EPIP-NEO neurotismiskaala ja Judge jt (positiivsete) tuumikhinnangute küsimustiku näitudega korreleerides.

1.6. Uurimisküsimused ja hüpoteesid

Antud töös uurime Eesti pensioniealiste (üle 65-aastaste) meeste enesekohaseid negatiivseid tuumikhinnanguid, et teada saada, kas pensioniealistel meestel ilmneb olulisi erinevusi negatiivses emotsionaalsuses, mida saaks seostada nende tervisliku seisundi või haridustasemega. Teadaolevalt muutuvad tuumikhinnangute tasemed dünaamiliselt kooskõlas elusündmuste ja toimetulekuga (Wu, 2012) ning seetõttu võiksid nende tasemete kaudu teoreetiliselt eristuda parema ja halvema tervisega mehed. Varasematele uuringutele tuginedes (Fiske *et al.*, 2009; Lorant *et al.*, 2003; Bracke *et al.*, 2014; White *et al.*, 2015) loodame leida ka haridustasemega seostuvaid erinevusi negatiivsete tuumikhinnangute tasemetes. Lisaks

uurime samal valimil (positiivsete) tuumikhinnangute küsimustiku *CSES* (Judge *et al.*, 2003) seoseid, mis võimaldab võrrelda tulemusi varasemate eri valimitega tehtud uuringutega. Töös on püstitatud järgmised hüpoteesid:

Hüpotees 1: Pensioniealistel meestel ilmneb negatiivses emotsionaalsuses ja enesekohastes negatiivsetes tuumikhinnangutes olulisi erinevusi, mis seostuvad nende hinnanguga oma tervisesisundile.

Hüpotees 2: Kõrgharidusega pensioniealised mehed hindavad oma tervises seisundi ja emotsionaalse enesetunde paremaks, kui madalama haridustasemega samaealised mehed.

Hüpotees 3: Kõrgema ja madalama haridustasemega meeste vahel ilmnevad erinevused välise kontrollkeskme skaalal. Madalama haridustaseme puhul on välise kontrollkeskme näidud kõrgemad kui kõrgema haridustasemega meestel.

Hüpotees 4: Kõrgemad positiivsete enesekohaste tuumikhinnangute tasemed seostuvad kõrgema tervisehinnangu ja parema vaimse tervisega; suurema kontrollitunde, enesemõjukuse ning tööalase edukusega.

2. Meetod

2.1. Valim

Kõigi katseisikute andmed on kogutud käesoleva töö autori poolt kahe erineva perioodi jooksul veebruar-aprill 2013 ja märts-juuli 2016. I perioodil koguti andmed 80 ning II perioodil 38 uuritavalt ning valim moodustati mugavusvalimina tuttavate kaudu leitud isikutest, Tartu Ülikooli väarikate ülikooli liikmetest, CV keskuse eakatest tööotsijatest, Tallinna sotsiaalkeskuste klientidest ning Nõmme Vanameeste Klubi liikmetest.

Uuritavaid on kokku $N = 118$, kellest $n = 67$ isikut on kõrgharidusega ning $n = 51$ kõrghariduseta (täpsemalt $n = 33$ kesk-eri-, $n = 14$ kesk- ja $n = 4$ põhiharidusega). Vanuseliselt on valimis 65-69 a mehi ($n=47$); 70-75 a ($n=40$); 76-79 a ($n=16$) ja 80-92 a ($n=15$). Kõrgharidusega ja sellest madalama haridustasemega valimite keskmine vanus kattub: vastavalt $M = 71,8$ aastat ja $M = 72,4$ aastat.

Kõrgharidusega meestest 64 % ning kõrghariduseta meestest 61% on pensionil ega tööta. Peaaegu kõik kõrgharidusega mehed (97 %) ning enam kui pooled (65%) madalama haridusega meestest on töötanud kõrgema vastutusmääraga juhtival töökohal (tipp- või keskastme juhina või ettevõtte/firma omanikuna). Keskmine juhikogemuse pikkus aastates on kõrgharidusega valimil 32 aastat ja madalama haridusega valimil ca 3 korda lühem –11 aastat. Valimist vaid 19 mehel (16%) ei ole karjääri jooksul olnud mingit kokkupuudet teiste töötajate ja tööprotsesside juhtimisega ning neist 17 olid madalama haridusega, valdavalt oskus- või lihttöötajatena töötanud.

Valdavalt elavad nii kõrgharidusega (66%) kui ka madalama haridusega pensionieas mehed (71%) kahekesi koos abikaasa või elukaaslasega. 19% kõrgharidusega ja peaaegu neli korda vähem ehk 5% madalama haridustasemega meestest jagab eluaset lisaks abikaasale/elukaaslasemale veel ühe või mitme pereliikmaga. Üksinda elab kõrgharidusega meestest 9% ja madalama haridusega meestest kaks korda enam ehk 20%. Ilma abikaasa/elukaaslaseta, kuid koos pereliikme(te)ga elab 6% kõrgema haridusega ning 4% madalama haridustasemega meestest.

Valim esindab pensioniealisi mehi kõigist Eesti regioonidest. Suur osa kõrgharidusega meestest ehk 51% ja 24% madalama haridusega meestest elavad Tallinnas või Harjumaal.

2.2. Protseduur

Potentsiaalsetelt vastajatelt küsiti nõusolek telefoni või e-maili teel või otsekontaktiga. Nõusoleku andnud vastajad täitsid vastavalt eelistusele kas 10-lk paberankeedi või kaks eraldi küsimustikku internetikeskkonnas (30+15 minutit). Kokkuvõttes I ja II andmekogumisperioodil veebruar-aprill 2013 ning märts-juuli 2016 saadi paberankeedid 80-lt ja internetiküsimustike andmed 38-lt pensioniealiselt mehelt. Kõrgemat motivatsiooni uuringus osaleda näitasid üles kõrgharidusega vastajad.

2.3. Mõõtmisvahendid

Andmekogumiseks kasutati magistritöö juhendaja Aavo Luugi poolt koostatud „Isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikekomplekti“ (Luuk, 2013). Komplekt sisaldas ka Judge jt (2003) koostatud tuumikhinnangute küsimustikku (*CSES*) ja kliinilises praktikas laialdaselt rakendatud EEK-2 depressiooni ja ärevushäirete sõeltesti (Ööpik *et al.*, 2006); valiidsed ärevuse mõõtmisvahendeid nt *STICSA* (Grös *et al.*, 2007) ja *VAAS* (Hornblow *et al.*, 1976); samuti Rotteri kontrollkeskme küsimustiku välist kontrollkeset hindavaid väiteid (Rotter, 1966) ja Rosenbergi enesehinnanagu skaala *RSES* (Rosenberg, 1965) negatiivset enesehinnangut käsitlevaid väiteid ning uut üldist enesemõjukuse skaalat (*New General Self-Efficacy Scale*), mille loojad on Chen, Gully & Eden (2001). Negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikekomplekti (Luuk, 2013) kuuluvad skaalad koos kirjelduste ja reliaablusnäitajatega on ära toodud Lisas 1.

Subjektiivse praeguse tervisliku seisundi hinnangu jaoks kasutati visuaalset analoogskaalat 1-10, mille otsapunktid olid tähistatud 1=väga halb ja 10= suurepärase tervis. Uuritavad märkisid paberil või veebiankeedis numbri vahemikus 1-10, mis kirjeldas praegust tervislikku seisundit.

3. Tulemused

Kogutud andmed sisestati ja töödeldi esmalt programmis MS Excel ning edasiseks analüüsiks kasutati statistikaprogrammi SPSS 15.0. Gruppidevahelise statistilise olulisuse - keskväärtuste võrdluseks kasutati sõltumatute rühmade ühefaktorilist (*one-way*) ANOVA dispersioonanalüüsi ning lisaks Mann-Whitney U testi, kuna paljud tulemused ei vastanud normaaljaotusele. Enesekohaste tuumikhinnangute küsimustiku eri skaalade seoseid vaadeldi mitteparameetriliste andmete tõttu Spearmani astakkorrelatsioonanalüüsiga. Analüüsi võimsuse tuvastamiseks arvutati efekti suuruse näitaja Cohen-i *d*.

3.1. Terviseseisundi seos negatiivse emotsionaalsuse ja negatiivsete tuumikhinnangutega

Praegust terviseseisundit hindasid 117 meest analoogskaalal 1-10, kus otsapunktid olid tähistatud 1=väga halb ja 10= suurepärase tervis. Terviseseisundi keskmine hinnang kõigi uuritavate lõikes $M=6,3$. Selleks et uurida kas pensioniealistel meestel ilmneb negatiivses emotsionaalsuses ja enesekohastes negatiivsetes tuumikhinnangutes olulisi erinevusi, mis seostuvad nende tervise hinnanguga, moodustati meestest kaks võrdlusgruppi: „Halb tervis“ ($n=39$; originaalhinnangud 1-5) ja „Hea tervis“ ($n=78$; originaalhinnangud 6-10) ning võrreldi kahe grupi tulemusi negatiivsete tuumikhinnangute küsimustiku alaskaaladel. Tulemused on toodud tabelites 1-5. Arvesse on võetud kahe grupi võrdluses ainult statistiliselt olulisteks osutunud parameetrid.

Tabel 1. Terviseseisundi erineva hinnanguga gruppide võrdlus emotsionaalse enesetunde küsimustiku alaskaalade lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Depressioon (EEK-2)	Halb tervis	39	6,67	5,228	7,109	,009**
	Hea tervis	78	4,26	4,271		
	ANOVA					
	Mann-Whitney					
	Cohen-i <i>d</i>					
Agorafoobia- paanika (EEK-2)	Halb tervis	39	1,03	1,646	3,221	,075
	Hea tervis	78	0,50	1,412		
	ANOVA					
	Mann-Whitney					
	Cohen-i <i>d</i>					

Asteenial (EEK-2)	Halb tervis	39	6,92	3,452		
	Hea tervis	78	3,78	2,935		
	ANOVA				26,432	,000**
	Mann-Whitney					,000**
	Cohen-i <i>d</i>					0,980
Unetus (EEK-2)	Halb tervis	39	4,90	3,386		
	Hea tervis	78	3,14	2,859		
	ANOVA				8,661	,004**
	Mann-Whitney					,007**
	Cohen-i <i>d</i>					0,562
EEK-2 summaarne skaala	Halb tervis	39	26,31	13,815		
	Hea tervis	78	16,88	12,473		
	ANOVA				13,805	,000**
	Mann-Whitney					,000**
	Cohen-i <i>d</i>					0,717

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Negatiivsete tuumikhinnangute ja negatiivse emotsionaalsuse võrdlemisel ANOVA ja Mann-Whitney testiga ilmneseid parema tervisega meestel võrreldes halvema tervisega meestega statistiliselt olulised erinevused depressiooni, asteenia, unetuse ja emotsionaalse häirituse summaarses näidus ($p < 0,01$). Statistiliselt oluline erinevus agorafobia-paanika näidus ilmneseid Mann-Whitney testis ($p < 0,05$). Halvem tervisehinnang prognoosis suuremat emotsionaalset häiritust. Lisaks nähtus tulemustest, et EEK-2 sõeltesti summaarse skaala tulemus oli üle äralõikepunkti 11-l mehel ning depressiooni skaala tulemus 14-l mehel, mis näitab meeleoluhäirete sümptomaatika esinemist uuritud valimis. Mõned uuringusse kaasatud eakad mehed ($n=7$) olid viimase aasta jooksul tarvitanud meeleolu korrigeerivaid ravimeid ja üksikud kõrgharidusega mehed ($n=2$) olid kasutanud psühholoogi või psühhiaatri abi ning nendeks olid ootuspäraselt pigem halva kui hea tervisehinnangu andnud mehed.

Tabel 2. Tervises seisundi erineva hinnanguga gruppide võrdlus negatiivsete tuumikhinnangute küsimustiku tähelepanu alaskaalade lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Tähelepanu sisetaktused	Halb tervis	39	10,90	3,119		
	Hea tervis	78	8,18	4,401		
	ANOVA				11,868	,001**
	Mann-Whitney					,001**
	Cohen-i <i>d</i>					0,713

Tähelepanu välistakistused	Halb tervis	39	12,92	3,107		
	Hea tervis	78	11,24	4,528		
	ANOVA				4,336	,040*
	Mann-Whitney					,053
	Cohen-i <i>d</i>					0,433

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

ANOVA analüüsis ilmneseid statistiliselt olulised erinevused halvema ja parema tervisega meeste gruppide vahel nii tähelepanu sisetakistuste ($p < 0,01$) kui välistakistuste skaala näidus ($p < 0,05$) ning Mann-Whitney testis ainult tähelepanu sisetakistuste näidus ($p < 0,05$). Halvem tervis prognoosis tähelepanuvõime suuremat häiritust.

Tabel 3. Tervises seisundi erineva hinnanguga gruppide võrdlus negatiivse enesehinnangu, enesemõjukuse (Chen et al., 2001) ning positiivsete tuumikhinnangute skaala (Judge et al., 2003) lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Negatiivne enesehinnang	Halb tervis	39	15,59	5,830		
	Hea tervis	78	11,49	5,636		
	ANOVA				13,467	,000**
	Mann-Whitney					,000**
	Cohen-i <i>d</i>					0,715
Enesemõjukuse skaala (Chen et al., 2001)	Halb tervis	39	20,33	4,294		
	Hea tervis	78	22,31	4,388		
	ANOVA				5,338	,023*
	Mann-Whitney					,012*
	Cohen-i <i>d</i>					0,456
Positiivsete tuumikhinnan- gute skaala (Judge et al., 2003)	Halb tervis	39	29,41	5,275		
	Hea tervis	78	31,60	6,437		
	ANOVA				3,383	,068
	Mann-Whitney					,028*
	Cohen-i <i>d</i>					0,372

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nii ANOVA ja Mann-Whitney testis ilmneseid moodustatud gruppide vahel statistiliselt olulised erinevused negatiivses enesehinnangus ($p < 0,01$) ja enesemõjukuses ($p < 0,05$). Parema tervisehinnang prognoosis kõrgemat enesehinnangut ja enesemõjukust. Positiivsete

tuumikhinnangute tasemes (Judge et al., 2003) diferentseeris eakaid mehi tervisehinnangu alusel ainult Mann-Whitney test ($p < 0,05$).

Tabel 4. Tervises seisundi erineva hinnanguga gruppide võrdlus ärevuse hindamise skaalade lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Hetkeärevus (<i>STICSA</i> , Grös et al, 2007)	Halb tervis	39	22,36	13,726	19,270	,000**
	Hea tervis	78	11,63	11,793		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,000** 0,839
Ärevusseisundite esinemissagedus (<i>STICSA</i> , Grös et al, 2007)	Halb tervis	39	20,05	10,897	20,040	,000**
	Hea tervis	78	10,76	10,431		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,000** 0,871
Ärevuse hinnang analoogskaalal (<i>VAAS</i> , Hornblow et al., 1976)	Halb tervis	39	22,52	17,326	6,101	,016*
	Hea tervis	78	12,65	17,091		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,001** 0,574

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Statistiliselt olulised erinevused hea ja halva tervisega gruppide vahel leiti ANOVA ja Mann-Whitney analüüsil hetkeärevuse ja ärevusseisundite sageduse näituses ($p < 0,01$) ja ärevuse analoogskaala näidus ($p < 0,05$) ANOVA testis ning ($p < 0,01$) Mann-Whitney testis. Halvema tervisega meeste grupil ilmnis statistiliselt oluliselt kõrgem ärevuse tase ja sagedus.

Tabel 5. Tervises seisundi erineva hinnanguga gruppide võrdlus nartsissismi hindamise alaskaalade lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nartsissism: „Pettumus teistele pandud lootuste mittetäitumises“	Halb tervis	39	7,69	3,840	5,695	,019*
	Hea tervis	78	5,96	3,614		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,009** 0,464

Nartsissim:	Halb tervis	39	7,21	4,040		
„Tundlikkus	Hea tervis	78	4,96	3,881		
teistepoolse	ANOVA				8,419	,004**
märkamise suhtes“	Mann-Whitney					,004**
	Cohen-i <i>d</i>					0,568

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Statistiliselt olulised erinevused hea ja halva tervisega gruppide vahel enesekohastes negatiivsetes tuumikhinnangutes leiti ANOVA ja Mann-Whitney analüüsis veel kahel nartsissismi alaskaalal tinglike esialgsete nimetustega: „Tundlikkus teistepoolse märkamise suhtes“ ($p < 0,01$) ja „Pettumus teistele pandud lootuste mittetäitumises“ ($p < 0,05$) ANOVA testis ja ($p < 0,01$) Mann-Whitney testis. Kõrgem tundlikkus teistepoolse märkamise suhtes ning pettumus teistele pandud lootuste mittetäitumises olid iseloomulikumad halvema tervisega meestele. Negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikukomplekti kuulunud kontrollkeskme ja psühhopaatilisuse alaskaalade tulemuste gruppidevahelisel võrdlemisel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud. Kokkuvõttes eristas tervisele antud hinnang eakaid mehi paljudes negatiivsete tuumikhinnangute komponentides, sh negatiivse emotsionaalsusega seotud näitajates nagu depressiivsus, ärevus, agorafobia-paanika, unetus ja astenia.

Kirjeldavatest statistikutest osutus oma tervisele antud hinnangu kontekstis moodustatud gruppide vahel oluliseks erinevuseks töötamine/pensionil viibimine ($p < 0,05$). Halvem tervislik seisund prognoosis pigem pensionil viibimist, kui töötamist. Et pensioniealised töötavad mehed tunnevad end tervemana kui mittetöötavad, võib varasematele uuringutele toetudes ka teistpidi vaadelda: tööalane hõivatus suurendab majanduslikku heaolu ning rahaline olukord mõjutab omakorda tervist – seega töötamine tõenäoliselt hoiab eakate meeste tervist (White *et al.*, 2015; Lorant *et al.*, 2003).

3.2. Haridustaseme seos tervise ja negatiivse emotsionaalsusega

Selleks et uurida kas kõrgem haridustase seostub parema tervise ja emotsionaalse enesetundega, võrreldi omavahel kõrgharidusega ($n=67$) ja madalama haridusega ($n=51$) meeste subjektiivseid tervise hinnanguid ja negatiivsete tuumikhinnangute küsimustikukomplektist ärevuse- ja emotsionaalse enesetunde EEK-2 skaalade tulemusi.

Hariduse ja kontrollkeskme seose uurimiseks vastavalt hüpoteesile võrreldi madalama ja kõrgharidusega meeste välise kontrollkeskme näituseid. Lisaks võeti vaatlusse haridustasemest tulenevad võimalikud erinevused kõigi negatiivsete tuumikhinnangute küsimustiku skaalade ja kirjeldavate statistikute lõikes. Tabelis 6 on toodud kõrgharidusega ($n = 67$) ja madalama haridustasemega ($n = 51$; täpsemalt $n = 33$ kesk-eri-, $n = 14$ kesk- ja $n = 4$ põhiharidusega) pensioniealiste meeste statistiliselt oluliseks osutunud erinevused negatiivsete tuumikhinnangute skaaladel ja Tabelis 7 kirjeldavate statistikute lõikes.

Tabel 6. Kõrgema ja madalama haridusega meeste võrdlus negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Tähelepanu sisetakistused	Madalam haridus	51	10,06	4,305	4,524	,036*
	Kõrgharidus	67	8,42	4,031		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,038* 0,393
Väline kontrollkesk-	Madalam haridus	51	9,78	4,640	7,748	,006**
	Kõrgharidus	67	7,64	3,720		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,009** 0,509
Hetkeärevus (<i>STICSA</i> , Grös et al, 2007)	Madalam haridus	51	18,16	15,051	3,961	,049*
	Kõrgharidus	67	13,24	11,796		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen-i <i>d</i>					,081 0,364

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Haridustaseme ja tervisehinnangu omavahelist statistiliselt olulist seost eakatel meestel ei leitud ($p = 0,876$), millest järeldub, et kõrgem haridustase ei seostu Eesti pensioniealistel meestel parema tervisega. Madalama haridustasemega meeste näidud negatiivset emotsionaalsust mõõtvatel skaaladel, sh emotsionaalse enesetunde EEK-2 skaaladel (va unetus) olid küll kõrgemad, kuid mitte statistiliselt olulised ($p = 0,439$ – $0,971$). Haridustase seostus emotsionaalset heaolu mõõtvatest skaaladest ainult *STICSA* hetkeärevuse skaala tulemusega ANOVA analüüsis – hetkeärevuse näit oli kõrgem madalama haridustasemega meestel ($p < 0,05$), mis tähendab, et kõrgharidusega meestega võrreldes on neil tendents

kogeda rohkem ärevuse kognitiivseid ja somaatilisi sümptomeid. Tulemuse järgi puudub emotsionaalsel heaolu eakatel Eesti meestel kõrgema haridustasemega.

Negatiivsete tuumikhinnangute teistest alakomponentidest ilmneseid ANOVA ja Mann-Whitney testis statistiliselt olulised erinevused erineva haridustasemega meeste vahel ainult välise kontrollkeskme ($p < 0,01$) ja tähelepanu sisetakistuste ($p < 0,05$) näitades. Välise kontrollkeskme näit oli kõrgem madalama haridustasemega meestel ($p < 0,01$), mis kinnitab, et madalama haridustaseme puhul on väline kontrollkese kõrgharidusega meestega võrreldes domineerivam ning vähemharitud tajuvad elusündmuste üle vähem kontrolli ja eeldavad, et nende ebaõnnestumised või õnnestumised on pigem väliste faktorite poolt juhitud. Tähelepanu sisetakistuste näit oli kõrgem madalama haridustasemega meestel ($p < 0,05$). See tähendab, et madalama haridustasemega meeste tähelepanu on tundlikum iseenda psüühikast tulenevate segavate tegurite suhtes nagu muretsemine ja keskendumisraskused. Kokkuvõttes eristas haridustase eakaid mehi ainult üksikutes negatiivsete tuumikhinnangute komponentides.

Tabel 7. Kõrgema ja madalama haridusega meeste võrdlus kirjeldavate näitajate lõikes

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Juhikogemuse olemasolu*	Madalam haridus	51	0,76	0,619	14,819	,000**
	Kõrgharidus	67	1,13	0,423		
	ANOVA					
	Mann-Whitney					
	Cohen-i <i>d</i>					0,697
Juhistaaži pikkus aastates	Madalam haridus	34	10,82	14,760	35,948	,000**
	Kõrgharidus	34	31,26	13,317		
	ANOVA					
	Mann-Whitney					
	Cohen-i <i>d</i>					1,454
Varasem ametipositsioon**	Madalam haridus	51	3,90	2,685	30,128	,000**
	Kõrgharidus	67	1,87	1,242		
	ANOVA					
	Mann-Whitney					
	Cohen-i <i>d</i>					0,970

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

*Juhikogemuse olemasolu: 0=puudub; 1= varem töötasin juhina; 2=töötan praegu juhina

**Varasem ametipositsioon: 0= ettevõtte/firma omanik; 1=tippjuht; 2=keskastmejuht; 3=

tippspetsialist; 4=keskaste spetsialist; 5= abispetsialist; 6= teenindus- või müügiteenistaja; 7= oskustöötaja, käsitöölane; 8= lihttöölane

Kirjeldavatest statistikute osutused haridustaseme kontekstis gruppide vahelisteks olulisteks erinevusteks juhikogemuse olemasolu, juhistaatzi pikkus ja varasem ametipositsioon ($p < 0,01$). Kõrgharidusega mehed olid töötanud enam juhtivatel- ja kõrgema vastutusega ametikohtadel ning omasid keskmiselt kolm korda pikemat juhistaatzi, kui madalama haridusega mehed.

3.3 Tuumikhinnangute seosed tervise, kontrolli ja tööalase eduga

Varasemad eri valimitel läbi viidud uuringud on näidanud tuumikhinnangute näitude statistiliselt olulisel määral korreleerumist tervise, kontrolli, enesehinnangu, mõjukuse ja eduga elus. Selleks et uurida seoste paikapidavust ka eakatel Eesti meestel uuriti tuumikhinnangu skaala *CSES* (Judge *et al.*, 2003) seoseid tervisehinnangu, vaimse tervise, kontrollitunde, enesemõjukuse ning tööalase edukuse näitajatega. Tabelis 8 esitatakse pensioniealiste meeste (positiivsete) tuumikhinnangute skaala (Judge *et al.*, 2003) seosed negatiivsete tuumikhinnangute küsimustiku skaaladega, milles korrelatsioonid osutavad statistiliselt olulisteks – tähelepanu- ja planeerimise tüüpi kontroll, väline kontrollkese, negatiivne enesehinnang, enesemõjukus, emotsionaalse enesetunde EEK-2 küsimustiku summaarne ja depressiooni skaala. Tabelis on toodud ka positiivsete tuumikhinnangute skaala seos üldise tervises seisundi hinnangu ja tööalase edukusega (juhiametis töötamise varasema või praeguse kogemusega).

Tabel 8. Positiivsete tuumikhinnangute skaala (Judge et al., 2003) korrelatsioonid kontrolli, välise kontrollikeskme, emotsionaalse enesetunde (EEK-2), enesemõjukuse (Chen et al., 2001) ja negatiivse enesehinnangu skaaladega ning tervises seisundi ja tööalase edukusega

Korreleeritav alaskaala	Skaala astakkorrelatsioon tuumikhinnangu skaalaga
Tähelepanu kontroll	,454**
Planeerimise tüüpi kontroll	,330**
Väline kontrollkese	-,396**
Negatiivne enesehinnang	-,701**
Enesemõjukus (Chen <i>et al.</i> , 2001)	,589**
EEK-2 summaarne skaala	-,550**
EEK-2 depressiooni skaala	-,561**
Hinnang tervises seisundile	,355**
Tööalane edukus	,142

Märkus: statistilise olulisuse tõenäosus Spearmani corr ** $p < 0.01$

Sarnaselt varasematele uuringutele seostus ka pensioniealistel meestel kõrgem enesekohaste positiivsete tuumikhinnangute tase statistiliselt olulisel määral ($p < 0,01$) positiivsema enesehinnanguga, parema vaimse tervisega (vähemate meeleoluhäirete sümptomitega EEK-2 skaalal) ja kõrgema hinnanguga praegusele üldisele tervises seisundile, suurema kontrollitunde ning enesemõjukusega, vähema välise kontrollikeskme näiduga, kuid mitte varasema või praeguse tööalase edukusega (juhiametis töötamise kogemusega enne või nüüd pensionieas).

Arutelu ja järeldused

Antud töö eesmärgiks oli uurida, kas pensioniealistel meestel ilmneb olulisi erinevusi negatiivses emotsionaalsuses ja enesekohastes tuumikhinnangutes, mida saab seostada tervisliku seisundi ja haridustasemega. Tulemuste põhjal osutus terviseseisundi hinnang, kuid mitte kõrgem haridustase, oluliseks kaitsefaktoriks negatiivse emotsionaalsuse eest.

Hüpotees 1 leidis kinnitamist – pensioniealistel meestel ilmnemise negatiivses emotsionaalsuses ja enesekohastes negatiivsetes tuumikhinnangutes olulised erinevused, mis seostusid nende hinnanguga oma terviseseisundile. Subjektiivne tervisehinnang (analoogskaalal 1-10) eristas parema ja halvema tervisega mehi objektiivselt emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 depressiooni-, unetuse, jõuetuse skaaladel ning üldise emotsionaalse häirituse summaarses skooris ($p < 0,01$) ning *STICSA* ärevuse tugevuse ja ärevuse sageduse skaalal ning ärevuse tugevuse analoogskaalal *VAAS* ($p < 0,05$). Varasemad uuringud on samuti näidanud, et tervislik seisund suurendab haavatavust depressioonile (Rodda, 2011; Fiske *et al.*, 2009) ja eakate subjektiivne tervisehinnang seostub negatiivselt depressiivsusega (French *et al.*, 2012; Kivinen *et al.*, 1998; Mulsant *et al.*, 1997), ärevusega (Alfonso *et al.*, 2012), unetusega (Jacobs *et al.*, 2006) ja positiivselt funktsionaalse toimetulekuga (Hubbard *et al.*, 2009; Lee, 2000; Kivinen *et al.*, 1998; Hoeymans *et al.*, 1997). Loomulikult kehtib ka vastupidine seos – väiksem depressiivsus mõjutab Eesti eakate heaolu positiivselt (Soots *et al.*, 2003).

Tervisehinnangu alusel eristusid eakad mehed järgmiste negatiivsete tuumikhinnangute alakomponentide poolest nagu eelpool mainitud ärevus, aga ka tähelepanu sise- ja välistakistused, negatiivne enesehinnang ja nartsissismi tendentsid. Erinevusi kontrollkeskmes ja psühhopaatilistes tendentsides ei ilmnunud. Kokkuvõttes oli halvema tervisehinnanguga meeste negatiivsete tuumikhinnangute tase võrreldes parema tervisega meestega statistiliselt olulisel määral kõrgem kuna halvema tervisega mehed olid negatiivsema enesehinnangu ($p < 0,01$) ja vähema enesemõjukusega ($p < 0,05$) ning nende tähelepanu on rohkem häiritud sisemistest raskustest nagu unustamine, keskendumisvõime ($p < 0,01$) kui ka välistest ümbritseva keskkonna faktoritest ($p < 0,05$) nagu müra, teiste jutt vm. Ühtlasi leiti, et halvema tervisega meestele on omasem suurem pettumus teistele pandud lootuste mittetäitumises ($p < 0,05$) ning tundlikkus teistepoolse märkamise suhtes ($p < 0,01$), mis nartsissismi mõõdikutena näitavad haavatavust ja puudustunnet teiste imetluse, tähelepanu, lugupidamise

järele. Seega võib öelda, et tajutud halb tervises seisund seostub ka omamoodi kibestumistundega sotsiaalsetes suhetes. Varasemad uuringud näitavad samuti, et eakatel, kes hindavad oma tervisliku seisundi paremaks, on ka kõrgem enesekindlus ja enesetõhusus (Doba *et al.*, 2016), paremad kognitiivsed võimed (Leinonen *et al.*, 2001, 2002; Christensen *et al.*, 1994; Classon *et al.*, 2016), kõrgem enesekontrollivõime ja suurem heaolutunne (Olsson *et al.*, 2013) ning nad on sotsiaalselt aktiivsemad (Nunes *et al.*, 2012; Rasulo *et al.*, 2005; Leinonen *et al.*, 2002). Mann-Whitney U testis, kuid mitte ANOVA testis ilmnes ka vastupidine seos – parema tervisehinnanguga mehi iseloomustas kõrgem positiivsete tuumikhinnangute tase *CSES* (Judge *et al.*, 2003) skaalal ($p < 0,05$). Varem on leidnud Wu (2012) ja Tsao *et al.* (2007), et tervislik seisund mõjutab tuumikhinnanguid.

Väärib eraldi välja toomist, et meeleoluhäirete sõeltestis EEK-2 said 11 meest (9% valimist) summaarsel üldskaalal ja 17 meest (14% valimist) depressiooni skaalal tulemused, mis on üle äralõikepunkti. Psühholoogile või psühhiaatrile olid neist pöördunud vaid kaks kõrgharidusega meest ning seitse tarvitasid meeleolu korrigeerivaid ravimeid. See võib näidata kas vähest teadlikkust, raskusi abi kättesaadavusega, ükskõiksust või soovi iseseisvalt toime tulla. Valdavalt elasid mehed abikaasa või pereliikmetega koos, kuid ilmselt pole sümptomeid märganud või osatud neid häirega seostada. On teada, et eakatel ongi depressiooni märkamine raskendatud kuna sümptomeid peetakse vananemise või muu haigusega kaasuvaks (Rodda, *et al.*, 2011). Riskiohu määramiseks võiksid perearstid kõigil eakatel tervisekaebustega patsientidel läbi viia sõeltesti EEK-2 või Geriaatrilise depressiooni skaala lühivormi (GDS-15).

Uuringu andmete põhjal võib öelda, et eakatel meestel on tervis oluline vaimse- ja üldise heaolu kaitsefaktor kuna subjektiivselt hinnatud tervises seisund seostus objektiivselt madalama ja harvemini kogetud ärevuse, vähema depressiivsuse, jõuetuse, unetuse ja emotsionaalse häirituse ning parema tähelepanuvõime, kõrgema enesehinnangu ja enesemõjukusega. Parema tervis seostus ka töötamisega pensionipõlves. Seetõttu tuleks teadlikumalt panustada meeste tervise hoidmisse – näiteks pakkuda Haigekassa poolt rahastatud sõeluuringuid ja tervisekontrolli võimalusi terviseprobleemide varajaseks avastamiseks ja ennetamiseks. Samuti on oluline harida eakaid ja nende pereliikmeid vaimse tervise teemadel. Meeste tervisele eritählepanu pööramine on oluline ka seetõttu, et mehi ohustavad enam kui naisi just fataalsemad surmaga lõppevad haigused nagu südame isheemiatõbi, infarkt, vähk,

maksatsirroos, kopsuemfüseem, ateroskleroos ja neeruhaigused (Ross *et al.*, 2012), kuid statistika järgi jõuavad mehed arsti juurde oluliselt vähem kui naised kuna püüavad oma probleemidega ise toime tulla. Eestis on meeste eluiga võrreldes naistega koguni 10-11 aastat lühem, millega eristume negatiivselt paljudest arenenud riikidest, kus see vahe on väiksem (Rohtla, 2015).

Uuringu tulemustel ei leidnud kinnitust haridustaseme mõju emotsionaalsele enesetundele ning hariduse seos tervisehinnanguga, mistõttu hüpotees 2 jäi tõestamata. Seega haridustase üksinda ei prognoosi üle 65-a tervises seisundit Eestis. Kõrgharidusega mehed eristusid madalama haridusega meestest ainult üksikute negatiivsete tuumikhinnangute alakomponentide poolest: tähelepanu sisetakistused ($p < 0,05$), *STICSA* skaala (Grös *et al.*, 2007) hetkeärevus ($p < 0,05$) ning väline kontrollkese ($p < 0,01$). Seega tulemuste kohaselt tunnevad madalama haridusega eakad mehed oluliselt enam, kui kõrgharidusega mehed, et nende tähelepanuvõimet vähendavad sisemised faktorid nagu näiteks muretsemine või keskendumisraskused ning madalama haridusega meeste ärevus on suurem. Püüdes põhjendada tulemusi, miks haridustase eakatel meestel tervisehinnangu ja emotsionaalse enesetundega ei seostunud, võime toetuda varasematele uuringutele. Ka eakate terviseuuringus „Share“ (Verropoulou, 2009) ning 2006.-2007. aasta Euroopa Sotsiaaluuringus (Pattyn *et al.*, 2011) ei leitud Eestis olulist seost haridustaseme ja tervises seisundi ning depressiooni sümptomite vahel. Mitmed uuringud on näidanud ka seda, et lisaks haridusele on tervise hinnangud positiivselt seotud veel sissetuleku suuruse ja majandusliku toimetulekuga (White *et al.*, 2015; Dorsett *et al.*, 2014; Lorant *et al.*, 2003), mille kohta antud uuringus andmeid ei kogutud ja mis võinuks tulemusi mõjutada. Eestis ei pruugi ilmnedagi lineaarset seost kõrgema haridustaseme ning parema majandusliku kindlustatusega pensionieas ka seetõttu, et uuringusse kaasatud põlvkonna elukäiku on mõjutanud mitmed majandus- ja rahareformid ning poliitilised ja ideoloogilised muutused. Eesti taasiseseisvudes jäid paljud kõrgharidusega vastutaval töökohal olnud hiliskeskealised mehed ebasoodsasse seisu kuna olid ENSV valitseva ideoloogia tõttu kuulunud Nõukogude Liidu meelsesesse parteisse. Tippjuhid võisid poliitilistel põhjustel kaotada oma töökohad ja materiaalsed hüved ning olid sunnitud turumajanduse tingimustes kohanema, ümber õppima ning ennast tööalaselt uuesti tõestama (Titma *et al.*, 1996).

Uuring näitas, et välise kontrollikeskme näit oli kõrgem madalama haridustasemega meestel ($p < 0,01$) ja seega leidis hüpotees 3 kinnitamist. Tulemus kordab varasemaid teadmisi, mille kohaselt väline kontrollkeskme ennustab madalamat haridustaset ja vähemat akadeemilist edu (Rotter, 1966; Findley *et al.*, 1983). Käesolevas uuringus olid kõrgharidusega ja madalama välise kontrollkeskme näiduga eakad mehed olnudki elus edukamad – töötanud enam juhtivatel- ja kõrgema vastutusega ametikohtadel ning nende juhistaaj oli võrreldes madalama haridusega meestega oluliselt pikem.

Sarnaselt varasematele uuringutele (Baek-Kyoo *et al.*, 2012; Thaousis *et al.*, 2007; Judge *et al.*, 2004, 2008) seostus positiivsem tuumikhinnang ka käesolevas küsitluses pensioniealistel meestel statistiliselt olulisel määral ($p < 0,01$) kõrgema tervisehinnangu ja parema vaimse tervisega, mida kirjeldavad emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 tulemused; samuti suurema kontrollitunde ja enesemõjukusega. Hüpotees 4 leidis seega osalist kinnitamist kuna statistiliselt olulist seost tuumikhinnangu skaala CSES (Judge *et al.*, 2003) ja varasema või praeguse tööalase edukusega ei ilmnunud. See võib olla tingitud sellest, et 63% valimist olid pensionärid ega töötanud enam ning tõenäoliselt ei oma tööalane edukus pensioniealistel positiivse enesekuvandi komponendina sedavõrd olulist rolli, kui noorematel inimestel.

Tulemusi kriitiliselt vaadates, võime öelda, et uuringu valim ($N=118$) ei ole piisav üldistamiseks tulemusi kõigile Eesti pensioniealistele meestele. Uuring ei kirjelda hooldus- või raviasutustes viibivaid mehi; valimis nappis maapiirkonnas ja üksinda elavaid mehi ning põhiharidusega ja lihttöölisena töötanud. Sisukamate järelduste jaoks ning võimaliku eakate meeste vaimse tervise kaitsemudeli loomiseks tuleks analüüsi kaasata veel andmed sissetuleku/materiaalse heaolu, sotsiaalse võrgustiku, hobide, elustiili, kognitiivse võimekuse ning suhete kohta lähedastega kuna kõik need muutujad võivad tulemusi mõjutada. Üheks võrdluse aluseks ja sõltumatuks muutujaks võeti käesolevas uuringus meeste enesekohane subjektiivne tervise hinnang. Mitmed uuringud kinnitavad, et subjektiivne tervisehinnang on tundlik ja valiidne tegeliku tervise ja eluea näitaja kuna seostub objektiivsete tervisenäitajatega (Jylhä, 2009), ehkki eakatel on kalduvus hinnata oma tervist liiga optimistlikult (Jylhä, 2006; Denning *et al.*, 1998; Idler, 1993). Ka käesolevas uuringus hindas 67% eakatest meestest 10-palli analoogskaala põhjal oma tervise pigem heaks.

Käesolev uuring andis väärtuslikku teavet eakate meeste negatiivse emotsionaalsuse ja vaimse tervise kohta. Vaatamata vananevale ühiskonnale ja eakate osatähtsuse kasvule kogu maailmas, keskendutakse üle 65-a vanusegrupi uurimisele endiselt väga vähe ning valimites on tihti ülesindatud naisvastajad. Negatiivsete tuumikhinnangute mõõtevahend sobis üle 65-aastaste uurimiseks hästi ning eakad mehed olid motiveeritud ja koostöövalmis osalejad.

Kirjanduse loetelu

- Ainsaar, M., & Maripuu, L. (2008). Eesti rahvastik 2007-2020. Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium.
- Albert, M. S., Jones, K., Savage, C. R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J. W. (1995). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology and aging*, 10(4), 578.
- Alfonso, H., Beer, C., Yeap, B. B., Hankey, G. J., Flicker, L., & Almeida, O. P. (2012). Perception of worsening health predicts mortality in older men: The Health in Men Study (HIMS). *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 55, 363-368.
- Allik, J., Realo, A., Konstabel, K. (2003) *Isiksusepsühholoogia*, 203. Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowden, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Kerse, N., Flicker, L., Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1622-1632.
- Baek-Kyoo (Brian) Joo, Hea Jun Yoon, Chang-Wook Jeung, (2012), "The effects of core self-evaluations and transformational leadership on organizational commitment", *Leadership & Organization Development Journal*, 33, 564 – 582.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality., *Handbook of personality* (2)., 154-196. New York: Guilford Publications.
- Barefoot, J. C., Peterson, B. L., Dahlstrom, W. G., Siegler, I. C., Anderson, N. B., & Williams, R. B. (1991). Hostility patterns and health implications: Correlates of Cook-Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychology*, 10, 18-24.
- Barford, A., Dorling, D., Smith, G. D., & Shaw, M. (2006). Life Expectancy: Women Now On Top Everywhere: During 2006, Even In The Poorest Countries, Women Can Expect To Outlive Men. *BMJ: British Medical Journal*, (7545), 808.
- Bassuk, S., Berkman, L., & Amick, B. (n.d). Socioeconomic status and mortality among the elderly: Findings from four US communities. *American Journal Of Epidemiology*, 155(6), 520-533.
- Best, R. G., Downey, R. G., & Stapleton, L. M. (2005). Core self-evaluations and job burnout: The test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 441–451.
- Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Maia, D. B., Coutinho, E. S. F., & Helvik, A. S. (2016). Locus of control and coping strategies in older persons with and without depression. *Aging & mental health*, 20(8), 831-839.
- Boyar, S.L. and Mosley, D.C. Jr (2007), "The relationship between core self-evaluations and work and family satisfaction: the mediating role of work-family conflict and facilitation", *Journal of Vocational Behavior*, 71(2), 265-81.
- Bowling, N. A., Wang, Q., & Li, H. Y. (2012). The moderating effect of core self-evaluations on the relationships between job attitudes and organizational citizenship behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 61(1), 97-113.
- Bono, J. E., & Colbert, A. (2005). Understanding responses to multi-source feedback: The role of core self-evaluations. *Personnel Psychology*, 58, 171-203.
- Bracke, P., van de Straat, V., & Missinne, S. (n.d). Education, Mental Health, and Education-Labor Market Misfit. *Journal Of Health And Social Behavior*, 55(4), 442-459.
- Brunborg, G. S. (2008). Core self-evaluations: A predictor variable for job stress. *European Psychologist*, 13, 96-102.

- Cattell, R. B. 1965. *The scientific analysis of personality*. Baltimore, MD: Penguin.
- Chamorro-Premuzic, T., Ahmetoglu, G., Furnham, A. (2008). Little more than personality: Dispositional determinants of test anxiety (the Big Five, core self-evaluations, and self-assessed intelligence). *Learning and Individual Differences*, 18, 258-263.
- Chang, C., Ferris, D. L., Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Tan, J. A. (2012). Core self-evaluations: A review and evaluation of the literature. *Journal of Management*, 38(1), 81-128.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new generalized self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4, 62-83.
- Christensen, H., Jorm, A., Henderson, A., Mackinnon, A., Korten, A., & Scott, L. (1994). The relationship between health and cognitive functioning in a sample of elderly people in the community. *Age And Ageing*, 23(3), 204-212.
- Classon, E., Fällman, K., Wressle, E., & Marcusson, J. (2016). Relations between Concurrent Longitudinal Changes in Cognition, Depressive Symptoms, Self-Rated Health and Everyday Function in Normally Aging Octogenarians. *PloS one*, 11(8).
- Denning, T. R., Chi, L. Y., Brayne, C., Huppert, F. A., Paykel, E. S., & O'Connor, D. W. (1998). Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age and Ageing*, 27(1), 23-33.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 225-236.
- Doba, N., Tokuda, Y., Saiki, K., Kushiro, T., Hirano, M., Matsubara, Y., & Hinohara, S. (2016). Assessment of Self-Efficacy and its Relationship with Frailty in the Elderly. *Internal Medicine*, 55(19), 2785-2792.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., & ... Stueve, A. (1992). Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation-Selection Issue. *Science*, (5047). 946.
- Dorsett, R., Lui, S., & Weale, M. (2014). Education and its effects on income and mortality of men aged sixty-five and over in Great Britain. *Labour Economics*, 27, 71-82.
- Erez, A., & Judge, T. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *Journal Of Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279.
- Eysenck, H. J. 1990. Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*: 244-276. New York: Guilford.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N. (2011). New perspectives in attentional control theory. *Personality and Individual Differences*, 50, 955-960.
- Elwood, L. S., Wolitzky-Taylor, K., & Olatunji, B. O. (2012). Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(6), 647-666.
- Ferris, D. L., Rosen, C. C., Johnson, R. E., Brown, D. J., Risavy, S., & Heller, D. 2011. Approach or avoidance (or both?): Integrating core self-evaluations within an approach/avoidance framework. *Personnel Psychology*, 64: 137-161.
- Findley, M., & Cooper, H. (1983). Locus of control and academic achievement: A literature review. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 44(2), 419-427.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.
- French, D.J., Sargent-Cox, K., Luszcz, M.A. (2012). Correlates of subjective health across the aging lifespan: understanding self-rated health in the oldest old. *Aging Health*, 24(8): 1449-1469.
- Gardner, D. G., & Pierce, J. L. 2010. The Core Self-Evaluation Scale: Further construct validation evidence. *Educational and Psychological Measurement*, 70: 291-304.

- Grant, A.M. and Wrzesniewski, A. (2010), "I won't let you down or will I? Core self-evaluations, other-orientation, anticipated guilt and gratitude, and job performance", *Journal of Applied Psychology*, 95 (1), 108-21.
- Grös, D. F., Simms, L. J., & Antony, M. M. (2010). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) in friendship dyads. *Behavior Therapy*, 41, 277-284.
- Grös, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369-381.
- Gunnthorsdottir, A., McCabe, K., & Smith, V. (2002). Using the Machiavellianism instrument to predict trustworthiness in a bargaining game. *Journal of Economic Psychology*, 23, 49-66.
- Harris, K. J., Harvey, P., & Kacmar, K. M. 2009. Do social stressors impact everyone equally? An examination of the moderating impact of core self-evaluations. *Journal of Business and Psychology*, 24, 153-164.
- Herold, D.M., Fedor, D.B., Caldwell, S. and Liu, Y. (2008), "The effects of transformational and change leadership on employees' commitment to a change: a multilevel study", *Journal of Applied Social Psychology*, 93(2), 346-57.
- Hobfoll, S. (2001). The influence of culture, community, and the nest-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology, An International Review*, 50, 337-421.
- Hoeymans, N., Feskens, E. J. M., Kromhout, D., & Van Den Bos, G. A. M. (1997). Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science & Medicine*, 45(10), 1527-1536.
- Holt, D. T., & Jung, H.-H. (2008). Development of a Korean version of a core self-evaluations scale. *Psychological Reports*, 103, 415-425.
- Hornblow, A. R., & Kidson, M. A. (1976). The Visual Analogue Scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 339-341.
- Hubbard, R. A., Inoue, L. T., & Diehr, P. (2009). Joint modeling of self-rated health and changes in physical functioning. *Journal Of The American Statistical Association*, 104(487), 912.
- Idler, E. L. (1993). Age differences in self-assessments of health: Age changes, cohort differences, or survivorship? *Journal of Gerontology*, 48, 289 – 300.
- Jacobs, J., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., & Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people: The Jerusalem cohort study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 54(2), 325-329.
- Judge, T.A. (2009), "Core self-evaluations and work success", *Current Direction in Psychological Science*, 18(1), 58-62.
- Judge, T. A., & Hurst, C. (2008). How the rich (and happy) get richer (and happier): Relationship of core self-evaluations to trajectories in attaining work success. *Journal of Applied Psychology*, 93, 849-863.
- Judge, T. A., & Hurst, C. (2007). Capitalizing on one's advantages: Role of core self-evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1212-1227.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Erez, A., & Locke, E. A. (2005). Core self-evaluations and job and life satisfaction: The role of self-concordance and goal attainment. *Journal of Applied Psychology*, 90, 257-268.
- Judge, T. A., Van Vianen, A. E. M., & De Pater, I. E. (2004). Emotional stability, core self-evaluations, and job outcomes: A review of the evidence and an agenda for future research. *Human Performance*, 17, 325–346.

- Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2004). CSE, aspirations, success, and persistence: An attributional model. In M. J. Martinko (Ed.), *Attribution theory in the organizational sciences: theoretical and empirical contributions*, 111-132. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The Core Self-Evaluations Scale (CSES): Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331.
- Judge, T. A., Erez, A. and Bono, J.E. (2002), "Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct?", *Journal of Personality and Social Psychology*. 83 (3), 693-710.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal Of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.
- Judge, T. A., Bono, J. E., & Locke, E. A. (2000). Personality and job satisfaction: The mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85, 237-249.
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., Pucik, V., & Welbourne, T. M. (1999). Managerial coping with organizational change: A dispositional perspective. *Journal of Applied Psychology*, 84, 107-122.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17-34.
- Judge, Timothy A., Amir Erez, and Joyce E. Bono. (1998). "The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance." *Human performance*, 167-187.
- Judge, T. A., Locke, E. A. and Durham, C. C. (1997), "The dispositional causes of job satisfaction: a core evaluations approach", *Research in Organizational Behavior*, 19, 151-88.
- Jung, D. I. (2001), "Transformational and transactional leadership and their effect on creativity in groups", *Creativity Research Journal*, 13 (2), 185-95.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316.
- Jylhä, M., Volpato, S., & Guralnik, J. M. (2006). Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *Journal of clinical epidemiology*, 59(5), 465-471.
- Kammeyer-Mueller, J. D., Judge, T. A., & Scott, B. A. (2009). The role of core self-evaluations in the coping process: Testing an integrative model. *Journal of Applied Psychology*, 94, 177-195.
- Kivinen, P., Halonen, P., Eronen, M., & Nissinen, A. (1998). Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age And Ageing*, 27(1), 41-47.
- Koorevaar, A. M. L., Comijs, H. C., Dhondt, A. D. F., van Marwijk, H. W. J., van der Mast, R. C., Naarding, P., Oude Voshaar, R. C., Stek, M. L. (2013). Big Five personality and depression diagnosis, severity and age onset in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 178-185.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking „Big“ Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
- Lee, Y. (2000). The Predictive Value of Self Assessed General, Physical, and Mental Health on Functional Decline and Mortality in Older Adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), (2). 123.

- Leinbock, L. (2016). *Eesti statistika aastaraamat. 2016. Statistical Yearbook of Estonia*, 123.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people — a 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52, 1329-1341.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives Of Gerontology & Geriatrics*, 35(1), 79-92.
- Link, B. G., Lennon, M. C., & Dohrenwend, B. P. (1993). Socioeconomic Status and Depression: The Role of Occupations Involving Direction, Control, and Planning. *American Journal of Sociology*, (6), 1351.
- Locke, E.A., McClear, K. and Knight, D. (1996), “Self-esteem and work”, *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 11 No. 1, pp. 1-32.
- Lorant, V.; Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Ansseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157 (2): 98-112.
- Luy, M.), & Minagawa, Y.). (2014). Gender gaps - life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Reports*, 25(12), 12-19.
- Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health a human capital hypothesis. *Research on aging*, 20(4), 415-449.
- Montez, J., Hayward, M., Brown, D., & Hummer, R. (n.d). Why Is the Educational Gradient of Mortality Steeper for Men?. *Journals Of Gerontology Series B-Psychological Sciences And Social Sciences*, 64(5), 625-634.
- Mulsant, B. H., Ganguli, M., & Seaberg, E. C. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 45(8), 954-958.
- Newness, K., & Viswesvaran, C. (2010). *An analysis and reliability generalization for the Core Self-Evaluation Scale (CSES)*. Paper presented at the 25th Annual Society for Industrial and Organizational Psychology Conference, Atlanta, GA.
- Nunes, A., Gonçalves, L., & Barreto, S. (2012). Social relations and self- rated health: The ageing and health project. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 15(2), 415-428.
- Ólafsson, R. P., Smári, J., Guðmundsdóttir, F., Ólafsdóttir, G., Hardardóttir, H. L., & Einarsson, S. M. (2011). Self reported attentional control with the Attentional Control Scale: Factor structure and relationship with symptoms of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 777-782.
- Olsson, L. A., Hagnelius, N. O., Olsson, H., & Nilsson, T. K. (2013). Subjective well-being in Swedish active seniors or seniors with cognitive complaints and its relation to commonly available biomarkers. *Archives of gerontology and geriatrics*, 56(2), 303-308.
- Pattyn, E., P. Bracke, and O. Von Dem Knesebeck. (2011). "Education and depressive symptoms in 22 European countries." *International Journal Of Public Health* 56, (1), 107-110.
- Piccolo, R.F., Judge, T.A., Takahashi, K., Watanabe, N. and Locke, E.A. (2005), “Core self-evaluations in Japan: relative effects on job satisfaction, life satisfaction, and happiness”, *Journal of Organizational Behavior*, 26 (8), 965-84.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379.

- Pullmann, H., Allik, J., & Realo, A. (2009). Global self-esteem across the life span: A cross-sectional comparison between representative and self-selected Internet samples. *Experimental Aging Research*, 35(1), 20-44.
- Pullmann, H., Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Rasulo, D., Christensen, K., & Tomassini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologist*, 45(5), 601-608.
- Ree, M. J., French, D., MacLeod C., & and Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 313-332.
- Rioli, L., & Savicki, V. (2003). Optimism and coping as moderators of the relationship between work resources and burnout in information services workers. *International Journal of Stress Management*, 3, 235-252.
- Roberts, & R. T. Hogan (Eds.), *Personality and psychology in the workplace*: 93-118. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *BMJ-British Medical Journal*, 343(8), d5219.
- Rohtla, E. (2015). *Avameelselt meestest: südame äkksurm, eesnäärmehaigused, ereksiooniprobleemid, mehe hingehädad, kiilaspäisus, sportlikud mehed*, 78-79. Tallinna Raamatutrukikoda.
- Ronald F., P., Judge, T. A., Takahashi, K., Naotaka, W., & Locke, E. A. (2005). Core Self-Evaluations in Japan: Relative Effects on Job Satisfaction, Life Satisfaction, and Happiness. *Journal of Organizational Behavior*, (8). 965.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosopa, P. J., & Schroeder, A. N. 2009. Core self-evaluations interact with cognitive ability to predict academic achievement. *Personality and Individual Differences*, 47: 1003-1006.
- Ross, C., Masters, R., & Hummer, R. (2012). Education and the Gender Gaps in Health and Mortality. *Demography*, 49(4), 1157-1183.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 609.
- Schinkel, S., Van Dierendonck, D., & Anderson, N. (2004). The impact of selection encounters on applicants: An experimental study into feedback effects after a negative selection decision. *International Journal of Selection and Assessment*, 12, 197-205.
- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., & Ames, D. (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia? *International journal of geriatric psychiatry*, 17(11), 997-1005.
- Scott, B. A., & Judge, T. A. (2009). The popularity contest at work: Who wins, why, and what do they receive? *Journal of Applied Psychology*, 94, 20-33.
- Smith, R. E. (1989). Effects of coping skills training on generalized self-efficacy and locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 228-233.
- Soots, A., Tiit, E. M., Saks, K., & Urban, R. (2003). Eluga rahulolu mudel Eesti eakatel inimestel. *Eesti Arst*.
- Spector, P. E. (1982). Behavior in organizations as a function of employee's locus of control. *Psychological Bulletin*, 91, 482-497.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.

- Stanhope, D., Pond, S., & Surface, E. (2013). Core Self-Evaluations and Training Effectiveness: Prediction Through Motivational Intervening Mechanisms. *Journal Of Applied Psychology*, 98(5), 820-831.
- Stumpp, T., Muck, P. M., Hulsheger, U. R., Judge, T. A., & Maier, G. W. 2010. Core self-evaluations in Germany: Validation of a German measure and its relationships with career success. *Applied Psychology: An International Review*, 59: 674-700.
- Tiit, E., M. (2011) Vananev töäjõud Eestis ja mujal. Konverentsimaterjalid. Külastatud Internetis 14.04. 2017 aadressil: <http://www.slideshare.net/Statistikaamet/vananev-tjud-eestis-ja-mujal-enemargit-tiit-tartu-likooli-emiitprofessor-statistikaameti-vanemmetoodik>.
- Titma, M., Hanni, E., Kõiv, K., Paalandi, V., Palumets, L., Põder, A., Roosma, K., Rämmer, Täht, K. (2001) *Sõjajärgse põlvkonna elutee ja seda kujundanud faktorid*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Titma, M., Silver, B. D., & Anderson, B. A. (1996). Estonia's Transition from State Socialism: Nationalities and Society on the Eve of Independence. *Special issue, International Journal of Sociology*, 26.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Bartoszewska, E., Brzyski, P., & Kopacz, M. (2007). Long-term consequences of education, working conditions, and health-related behaviors on mortality patterns in older age. A 17-year observational study in Kraków, Poland. *International Journal Of Occupational Medicine & Environmental Health*, 20(3), 247-256.
- Tolli, A. P. & Schmidt, A. M. (2008). The role of feedback, causal attributions, and self-efficacy in goal revision. *Journal of Applied Psychology*, 93, 692-701.
- Tsaousis, I., Nikolaou, I., Serdaris, N., & Judge, T. A. (2007). Do core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Personality and Individual Differences*, 42, 1441-1452.
- Van Dam, N. T., Gros, D. F., Earleywine, M., & Antony, M. M. (2013). Establishing a trait anxiety threshold that signals likelihood of anxiety disorders. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 26 (1), 70-86.
- Van Oyen H., Nusselder W., Jagger C. (2013). Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health-survival” paradox. *International Journal of Public Health*; 58, 143-55.
- Van Oyen, H., Cox, B., Jagger, C., Gilles, C., Cambois, E., Nusselder, W., & Robine, J. (2010). Gender gaps in life expectancy and expected years with activity limitations at age 50 in the European Union: Associations with macro-level structural indicators. *European Journal Of Ageing*, 7(4), 229-237.
- Verropoulou, G. (2009). Key elements composing self-rated health in older adults: a comparative study of 11 European countries. *European Journal Of Ageing*, 6(3), 213-226.
- Verdelho, A; Madureira, S; Moleiro, C; Ferro, JM; O'Brien, JT; Poggesi, A; Pantoni, L; Fazekas, F; Scheltens, P; Waldemar, G; Wallin, A; Erkinjuntti, T; Inzitari, (2015). Depressive symptoms predict cognitive decline and dementia in older people independently of cerebral white matter changes: the LADIS study. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 84 (11), 1250-1254.
- Verwoerd, J., de Jong, P. J., & Wessel, I. (2008). Low attentional control and the development of intrusive memories following a laboratory stressor. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 291-297.
- Wanberg, C.R., Glomb, T.M., Song, Z. and Sorenson, S. (2005), “Job-search persistence during unemployment: a 10-wave longitudinal study”, *Journal of Applied Psychology*, 90 (3), 411-30.

- White, C. M., St John, P. D., Cheverie, M. R., Iraniparast, M., & Tyas, S. L. (2015). The role of income and occupation in the association of education with healthy aging: results from a population-based, prospective cohort study. *BMC Public Health*, 15, 1181.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Whiteside, S. P., Lynam, D. M., Miller, J. D. & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.
- WHO (2015). World report on ageing and health. Külastatud internetis 13.04 2017 aadressil: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
- Wu, C., & Griffin, M. A. (2012). Longitudinal relationships between core self-evaluations and job satisfaction. *The Journal Of Applied Psychology*, 97(2), 331-342.
- Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., Maaros, H.-I. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice*, 23, 693-698.

Käsikirjad

- Luuk, A. (2015). Enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute väideteülese alaskaalade grupeerimise kaudu saadud kolmefaktoriline lähenemine. Avaldamata käsikiri.
- Luuk, A. (2013). Enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute skaala loomisest ja kasutamisest. Avaldamata käsikiri.

Magistri- ja seminaritööd

- Eljas, I. (2013). Vangide võrdlus kontrollgrupiga enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute ja agressiivsuse osas. TÜ Psühholoogia Instituut, seminaritöö.
- Juurik, K. (2015). Kinnistes asutustes viibivate laste sotsiaalne taust, vaimne tervis ja negatiivsed enesekohased tuumikhinnangud. TÜ Psühholoogia Instituut, magistritöö.
- Kujanpää, M., M. (2014). Core negative self-evaluations discriminating accepted and rejected candidates to main aviation specializations. TÜ Psühholoogia Instituut, magistritöö.
- Laan, M. (2015). Vananemise kogemused Eesti kontekstis üle 65 aastaste inimeste seas kvalitatiivse uurimuse näitel. TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond bakalaureusetöö.
- Ool, M. (2015). Ärevuse seos tähelepanu ja kontrolli enesekohaste hinnangutega ärevushäiretega inimestel. TÜ Psühholoogia Instituut, magistritöö.
- Padesaar, K. (2013). Emotsionaalse enesetunde, tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsuse ning isiksuse omaduste enesekohased hinnangud depressiooni diagnoosiga patsientidel. TÜ Psühholoogia Instituut, seminaritöö.
- Padesaar, K. (2015). Negatiivsed enesekohased tuumikhinnangud depressiooni diagnoosiga patsientidel. TÜ Psühholoogia Instituut, magistritöö.
- Raudsepp, H. (2014). Enesekohaste tuumikhinnangute skaala ja üldise enesemõjukuse skaala psühhomeetriliste omaduste hindamine. TÜ Psühholoogia Instituut, seminaritöö.
- Saarela, M.-L. (2015). Isiksuslike omaduste erinevused delinkventselt käituvatel, aktiivsuse- ja tähelepanuhäirega ja käitumisprobleemideta alaealistel. TÜ Psühholoogia Instituut, magistritöö.
- Tkatšuk, A. (2012). Self-evaluations of selected executive functions in two age group samples. TÜ Psühholoogia Instituut, Seminar Paper.
- Tkatšuk, A. (2015). Puuetega laste emade negatiivsed enesekohased tuumikhinnangud. TÜ Psühholoogia Instituut, magistritöö.

LISA 1

Negatiivsete tuumikhinnangute küsimustiku alaskaalad

Tuumikhinnangute küsimustik Core self-evaluations scale (CSES)

Positiivseid tuumikhinnanguid mõõdeti Judge jt loodud enesekohaste tuumikhinnangute küsimustikuga mis on valiidne enesekohaste tuumikhinnangute iseseisev mõõtevahend (Judge *et al.*, 2003). Hinnangud 12-le väitele antakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Enesemõjukuse skaala

Chen jt (2001) kujundasid 8-väitelise üldise enesemõjukuse (*general self-efficacy*) skaala, mille eestikeelse muganduse kvaliteeti on kontrollitud Tartu Ülikooli seminaritöö raames (Raudsepp, 2014). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus). Küsimustiku seesmise kooskõla ja kordustestimise reliaabluse andmed on analüüsimise järgus.

EEK-2 summaarne skaala

Emotsionaalset seisundit hindasid katseisikud Eestis 2002. a välja töötatud depressiooni ja ärevushäirete sõeltestiga (Ööpik *et al.*, 2006), mille alaskaalad omavad adekvaatset seesmist kooskõla. EEK-2 koosneb järgmistest alaskaaladest: Depressioon, Ärevus, Kurnatus, Insomnia, Sotsiaälärevus ja Agorafobia-Paanika. Skaala koondtulemus mõõdab summaarset emotsionaalset häiritust.

Negatiivne enesehinnang

Negatiivse enesehinnangu alaskaala (10 väidet, Cronbachi $\alpha=0,842$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,827$) algallikaks on Rosenbergi (Rosenberg, 1965) enesehinnangu skaala (*The Rosenberg's Self-Esteem Scale; RSES*) Eesti oludele kohandatud variant (Pullmann *et al.*, 2000, 2009). Lisaks viiele algallikast pärinevale negatiivse enesehinnangu väitele on lisatud veel väited planeerimisraskustest, igavusest, korduvatest ebaeeldivustest ja avameelsuse kahjustest.

Tähelepanu sise- ja välistakistused ning tähelepanu kontroll

Tähelepanu skaala lähteallikaks on *The Attentional Control Scale (ACS)*, mille töötasid välja Derryberry ja Reed (Derryberry *et al.*, 2002; Ólafsson *et al.*, 2011; Verwoerd *et al.*, 2008).

Eestikeelse skaala struktuur kujunes lisaväidete kasutamisega originaaliga võrreldes oluliselt teistsuguseks, jagunedes (esialgsete nimetustega) tähelepanu sisetakistuste alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,740$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,777$), tähelepanu välistakistuste alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,706$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,792$) ning tähelepanu kontrolli alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,700$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,659$). Väidete hindamine toimub 5- astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus). Tähelepanu sisetakistuste alaskaala mõõdab end hindava inimese psüühikast pärinevate olemuslike takistuste (muretsemine, mittemärkamine, keskendumisraskused, äsjatajutu unustamine, eri tegevuste ühildamisraskuste) negatiivset mõju tähelepanule. Tähelepanu välistakistuste alaskaala mõõdab psüühikaväliste segavate tegurite (lärm, teiste jutt, muusika, ümbritsevad asjaolud, telefoni kasutamine muude tegevustega samaaegselt) negatiivset mõju inimese tähelepanule.

Väline kontrollkese ja planeerimise tüüpi kontroll

Välise kontrolli alaskaala põhineb Rotteri kontrollikeskme (*Locus of Control*) ideestikul (Rotter, 1966). Välise kontrollikeskme skaalal on 5 väidet (Cronbachi $\alpha=0,735$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,775$). Planeerimise tüüpi kontrolli skaalal on 6 väidet (Cronbachi $\alpha=0,665$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,663$) ja hindab oskusi nagu planeerimine, aja arvestamine, distsiplineeritus, ettevaatlikkus ja eesmärkide nimel takistuste ületamine. Mõlema skaala väiteid hinnatakse Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala

Ärevuse hindamiseks on ankeedis kasutusel ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala (*Visual Analogue Scale for Anxiety; VAAS*), millele esimene kättesaadav viide pärineb 1976-st aastast (Hornblow *et al.*, 1976). Ärevuse analoogskaala esitatakse 100 mm pikkuse horisontaalse lõiguna, mille vasak ots tähistatakse 0-ga, mis tähendab ärevuse puudumist ning parem ots 100-ga, mis tähendab maksimaalset ärevust. Vastaja ülesandeks on tõmmata püstkriips sirglõigu sellele kohale, kus tema hinnangul tema hetkeärevuse tase paikneb. Katsealuseid sooliselt ning vanuseliselt diferentseerimata on leitud ärevuse hinnangu keskmiseks $M=19,0$; $SD=18,9$. Kolmel eri valimil on leitud järgmised ärevuse intensiivsuse analoogskaala hinnangu korrelatsioonid allpool kirjeldatava hetkeärevuse skaala näiduga: $r=0,509$; $r=0,467$; $r=0,503$.

Hetkeärevuse skaala

Hetkeärevuse mõõtmiseks kasutatud küsimustiku algallikaks on *State Version of State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)*. STICSA autorid on Grös jt (2007). Nende loodud 21-väiteline küsimustik koosneb hetkeärevuse kehalise komponendi (aktivatsiooni) ja tunnetusliku komponendi (muretsmise) alaskaaladest. STICSA omadusi on edasi uuritud mitmes töös (Gros *et al.*, 2010; Ree *et al.*, 2008; Van Dam *et al.*, 2013) ning need on kinnitanud küsimustiku häid mõõtmisomadusi. Elwood, Wolitzky-Taylor & Olatunji (2012) peavad oma erinevate ärevuse mõõtevahendite võrdleva analüüsi kohaselt STICSA-t üheks perspektiivsemaks ärevuse uute mõõtevahendite seas. Käesolevas uurimuses kasutatav eestikeelne STICSA variant koosneb inglise keelsete originaalväidete tõlkest, mis 21-väitelise terviskaalana näitab head reliaablust (Cronbachi $\alpha=0,923$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,707$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Ärevuse episoodide sageduse skaala

STICSA (Grös *et al.*, 2007, 2010) mõõdab sama 21-väitelise küsimustikuga lisaks hetkeärevusele ka ärevuse episoodide esinemissagedust. Likerti tüüpi skaalal hinnatakse ärevuse episoodide esinemissagedust vahemikus 0 (peaaegu mitte kunagi) kuni 4 (peaaegu alati). Eestikeelse ärevuse episoodide sagedusi mõõtvat küsimustiku reliaabluse näidud on hetkeärevuse küsimustiku omadest kõrgemad (Cronbachi $\alpha=0,925$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,826$). Sagedushinnangute kõrgem reliaablus hetkeseisundi hinnangutega võrreldes on enesestmõistetav mõõdetavate omaduste olemuse erinevuse tõttu. Van Dam jt (2013) on näidanud, et STICSA ärevuse episoodide esinemissageduse kaudu on võimalik piisavalt usaldusväärselt hinnata uuritaval isikul ärevushäire ja kliinilise ärevuse esinemise tõenäosust.

Psühhopaatilisuse ja nartsissismi skaalad

Käesolevas uurimuses kujunenud psühhopaatilisuse alaskaala allikateks olid „Räpase tosina“ (Dirty Dozen) 12 väidet psühhopaatia, makjavellismi ning nartsissismi kohta (Jonason *et al.*, 2010) ja Levensoni enesehinnangutel põhineva psühhopaatia skaala 26 väidet (Levenson *et al.*, 1995; Lynam *et al.*, 1999). Nartsissismi alaskaalasse koondusid neli väidet, mis kõik (teiste imetluse, tähelepanu, lugupidamise ja vastutulelikkuse ihalus), pärinevad Jonason & Websteri (2010) „Räpase tosina“ küsimustiku nartsissismi alaskaalast. Alaskaala Cronbachi $\alpha=0,710$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,720$. Nartsissismi alaskaala väiteid hinnatakse samuti Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Külliki Rannu
(sünd. 04.09 1972)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Enesekohased tuumikhinnangud eakatel meestel“, mille juhendaja on Aavo Luuk, *PhD*,
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 28.05 2017